

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 26 Décembre 1892, à 1 heure

PAR

Victor CORNY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DE LA

DACRYOCYSTITE CHRONIQUE

Par le Curettage,

Suivi du Pansement à ciel ouvert.

Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. } FARABEUF, professeur.
 } POIRIER et SÉBILEAU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

TRAITEMENT
DE LA
DACRYOCYSTITE CHRONIQUE

Par le Curettage
Suivi du Pansement à ciel ouvert



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0044

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 26 Décembre 1892, à 1 heure

PAR

Victor CORNY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DE LA

DACRYOCYSTITE CHRONIQUE

Par le Curettage,

Suivi du Pansement à ciel ouvert.

Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { POIRIER et SÉBILEAU, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	N.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ TILLAUX.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	
CHAUFFARD.	LETULIE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Officier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de la Piété.

AVANT-PROPOS

Si l'on ouvre les traités courants de chirurgie oculaire, on est frappé du grand nombre de procédés employés pour le traitement de la dacryocystite chronique.

Il nous eut été difficile de faire un choix parmi tant de moyens, si nous n'avions eu la bonne fortune de suivre quelques malades et d'assister à un certain nombre d'opérations à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Nous avons été séduit par la simplicité et les bons résultats obtenus dans le traitement de cette affection par le procédé qu'emploie M. le Dr Valude.

Ce procédé est un procédé mixte. — C'est celui du Dr Despagne modifié.

Nous ne toucherons ni à la pathogénie ni aux symptômes de la dacryocystite chronique.

Après avoir passé en revue, dans un premier chapitre les principaux modes de traitement dirigés contre cette affection, nous exposerons, dans le chapitre suivant, avec plus de détails, le procédé du Dr Despagne. Le troisième chapitre aura pour but l'exposition des modifications qui ont été apportées à ce procédé, et qui sont le point de départ de ce travail.

Nous croyons devoir compléter cette étude en ajoutant dans deux chapitres spéciaux quelques considérations sur les indications, contre-indications et pronostic.

La plus grande partie de nos observations est due à l'extrême obligeance de notre excellent ami le Dr de Bourgon. Il les a recueillies dans le service de son maître M. le Dr Valude qui a été assez aimable pour lui en permettre la communication.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance au Dr de Bourgon et de le remercier pour l'aide bienveillante qu'il nous a prêtée dans nos recherches bibliographiques et pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués en maintes circonstances.

Nous ne saurions oublier parmi nos maîtres dans les hôpitaux MM. les docteurs Monod, Humbert et Roques auprès desquels nous avons accompli nos années d'externat et dont l'enseignement clinique nous a été si utile et si profitable.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Vue d'ensemble des procédés chirurgicaux employés dans le traitement de la dacryocystite chronique

Notre travail serait forcément incomplet si nous n'avions voulu nous rendre compte des procédés déjà en usage dans le traitement de la dacryocystite chronique.

En ce qui concerne les procédés employés avant 1875, la lecture des excellentes leçons du professeur Panas nous a singulièrement facilité la tâche. Nous résumerons donc les renseignements que nous y avons puisés dans le tableau suivant :

1 ^{re} MÉTHODE <i>Destruction des voies et de la glande lacrymales.</i>	1 ^o Destruction du sac	{ caustiques- fer rouge.
	2 ^o Oblitérations des points et conduits lacrymaux.	
	3 ^o Extirpation de la glande la- crymale.	
2 ^e MÉTHODE <i>Rétablissement des voies excrétoires.</i>	1 ^o Injections.	{ mécanique. électrolytique.
	2 ^o Dilatation.	
	3 ^o Stricturetomie.	
	4 ^o Cautérisations modificatrices.	
3 ^e MÉTHODE <i>Création de nou- velles voies.</i>	1 ^o Perforation de l'unguis.	{
	2 ^o Perforation du sinus maxil- laire.	
	3 ^o Perforation d'un canal nou- veau dans la direction de l'ancien oblitéré.	

Actuellement un assez grand nombre de procédés sont en présence. Nous jugeons utile pour éviter à nos lecteurs des recherches bibliographiques inutiles, et pour leur présenter une vue d'ensemble des procédés actuels qui leur permette de les comparer au procédé que nous préconisons ; nous croyons utile, disons-nous, d'énumérer rapidement les procédés et la pratique des médecins oculistes ; procédés qui ont été communiqués dans les dernières revues ou exposés dans les précédents congrès.

Toutefois nous nous bornerons aux indications indispensables, renvoyant pour des recherches plus complètes aux sources indiquées par nos notes bibliographiques.

Méthode préconisée par M. Terson (1)

M. Terson préconise la dilatation du point lacrymal et son incision ou son incision et celle du canalicule lacrymal suivies de la dilatation des voies lacrymales par la méthode de Bowmann, Il fait suivre cette opération d'injections détersives du canal.

Ce procédé est excellent comme traitement du catarrhe chronique des voies lacrymales mais il exige un grand nombre de séances pour obtenir un résultat satisfaisant.

Procédé du Dr Libbrecht (de Gand) (2)

Dans ce procédé l'auteur modifie celui qu'il a présenté à l'académie de médecine de Belgique en 1868 et divise son opération en 3 temps.

1^{er} temps. — Il passe une sonde cannelée dans le point lacrymal. — Avec un petit bistouri il incise sur la sonde à une distance d'environ 0.005 millimètres du point lacrymal et forme une boutonnière qui a ap-

(1) Terson. — *In compte rendu du Congrès français d'ophtalmologie du 4 mai 1891.* Rapport sur les affections des voies lacrymales.

(2) LIBBRECHT. *Tumeurs lacrymales et leur traitement.* In recueil d'ophtalmologie mai 1891.

proximativement la largeur d'une sonde de Bowmann n° 4.

2^e temps. — Il pratique ensuite par cette boutonnière le cathétérisme pendant huit jours consécutifs au bout desquels :

3^e temps. — Il place à demeure une sonde spéciale munie de trois cannelures formant tube capillaire.

Dans les cas ordinaires, il charge les cannelures avec une solution à 1 0/0 de chlorure de zinc puis il introduit la sonde. Le patient est invité à renifler, et par ce moyen on obtient un pansement local.

Quand les voies sont libres et la sécrétion normale, l'auteur cautérise les bords de la boutonnière au crayon de nitrate d'argent ; il réunit par un point de suture au catgut les lèvres de la plaie et la guérison est obtenue avec un point lacrymal intact.

Dans les cas rebelles, il charge les cannelures de sa sonde avec du nitrate d'argent fondu ou de la pâte de Canquoin.

Râclage destructif de M^r de Wecker. (1)

M^r de Wecker pénètre dans le sac par le point lacrymal supérieur. — Il incise de dedans en dehors. — Il lave avec une solution de sublimé, fait un râclage à la curette tranchante de Volkmann, puis effectue

(1) DE WECKER. *Description du procédé*. — In annales d'ophtalmologie de Novembre-Décembre 1891.

deux sutures profondes à la plaie externe. Il obtient une réunion en trois jours.

Râclage de Guaita. (1)

Avec application d'une canule en os décalcifié dans le canal nasal. — D'après ce procédé, on ouvre le sac, on râcle la muqueuse, puis on fait un lavage avec une solution de sublimé à 1/2000.

On introduit ensuite dans le canal nasal une canule faite avec un os de jambe de crapaud ou des tibias de jeunes lapins, qu'on a décalcifiés dans une solution chlorhydrique à 5 0/0. Avant de les employer, on les fait macérer plusieurs jours dans le sublimé.

Les dimensions de la canule sont de ; 2 centimètres 1/4 de long, sur 2 millimètres 1/2 à 3 millimètres 1/2 de diamètre.

En 15 jours la canule a disparu, et au bout d'un mois on peut commencer à faire le cathétérisme,

Procédés de Gama Pinto (2)

PROCÉDÉ PAR LES CAUSTIQUES CHIMIQUES ET LE
FER ROUGE.

Incision du phlegmon. Curettage. Cautérisation au moyen des caustiques chimiques ou du fer rouge. —

(1) GUAITA. *Nouveau procédé opératoire pour le traitement rapide de la dacryocystite.* In annales d'oculistique de Janvier 1892.

(2) G. PINTO. *Traitement des affections du sac lacrymal.* In annales d'oculistique de Janvier 1892.

Chûte de l'escharre en 4 jours. La plaie est fermée le 15^e jour et l'on commence le cathétérisme.

2^e OBLITÉRATION DES CANALICULES LACRYMAUX
PAR LA CAUTÉRISATION GALVANIQUE.

Ouverture du sac. Introduction d'une anse fine de galvanocautère dans les canalicules lacrymaux. Cautérisation consécutive du sac avec le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc.

Ce dernier procédé appartient au médecin français Taviniot.

Procédé nouveau de M^r Terson (1)

CURETTAGE DU SAC LACRYMAL SANS
INCISION CUTANÉE.

Procédé renouvelé de Schmidt Rimpler 1880 et de Tartuferi 1884.

Ce procédé consiste à inciser le point lacrymal supérieur et à pénétrer dans le sac avec une curette fenêtrée en forme d'anneau ovalaire et à bords tranchants. — On pratique le curettage du sac aussi complètement que possible, et on termine l'opération par une injection au sublimé.

Il nous reste à énumérer les différents procédés proposés au Congrès d'ophtalmologie de 1891 (2) par

(1) Terson. In annales d'oculistique Avril 1892. Pages 262 et 271.

(2) Compte-rendu du Congrès d'ophtalmologie de 1891.

les praticiens qui ont pris part à la discussion sur le sujet qui nous occupe.

M^r Parinaud emploie contre l'ectasie du sac la pâte de Vienne et il conserve la perméabilité du canal nasal.

M^r Grandclément comprime le sac et fait un massage sur la tumeur dix fois par jour.

M^r Gilet de Grandmont fait des lavages antiseptiques simples.

M^r Vignes injecte quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 si le sac est dilaté avec issue de muco-pus à la pression. — Il recommande dans la plupart des cas le procédé au thermocautère de *M^r le professeur Panas*.

M^r Motais d'Angers, quand il emploie le thermocautère, place une sonde à demeure pour éviter le rétrécissement consécutif, surtout dans les cas de tumeurs osseuses avec purulence.

M^r Kalt incise le sac, passe deux crins de Florence dans le canalicule supérieur au moyen d'une sonde creuse de *Bowmann n° 4*.

De bas en haut, par l'orifice créé, il fait plusieurs fois des injections au sublimé à 1/5000. — Quand l'écoulement est modifié, il retire les crins et cathétérise. La fistule ne tarde pas à se fermer.

Il a aujourd'hui délaissé ce procédé et emploie le thermocautère,

M^r le professeur Panas agit à ciel ouvert par les

divers procédés. — S'il y a des lésions osseuses ou fongueuses, il les modifie par la cautérisation.

Pour lui le point important est de bien avoir sous les yeux toute l'étendue du sac. Pour arriver à ce but, il recommande de ne pas hésiter à opérer des débridements et de ne pas craindre de sacrifier le ligament palpébral interne et le tendon de l'orbiculaire.

CHAPITRE II

Procédé dit : Curettage modificateur de Despagnet

Notre procédé n'étant qu'une modification de celui de M. Despagnet, l'importance que nous ajoutons à ce dernier nous engage à en faire le sujet d'un chapitre spécial et à en donner le plus de détails possible.

Description du procédé (1). — M. Despagnet ouvre le sac comme un abcès. — Il pratique l'excision d'une portion semi-lunaire du sac s'il s'agit d'une mucocèle. — Il éponge avec de petits tampons d'ouate hydrophile et aseptise la plaie et le sac au moyen de lavages et d'irrigations, avec une solution non alcoolique de sublimé à 1/1000.

La poche est soigneusement nettoyée avec une curette demi-mousse. On râcle toutes les parois et si l'on rencontre des végétations trop saillantes on les excise à coups de ciseaux. En général des hémorragies d'une certaine abondance se produisent. On lave au sublimé jusqu'à hémostase ; puis on touche toute la muqueuse avec un petit tampon d'ouate hydrophile trempé dans la solution suivante :

(1) DESPAGNET. *Curettage du sac lacrymal*. In compte-rendu du Congrès d'ophtalmologie de Paris, 1891.

Glycérine. 200 grammes.

Sublimé.. 1 —

L'auteur a aussi employé la solution phéniquée à 1/50 et la poudre d'iodoforme ; mais ses préférences sont acquises à la glycérine sublimée.

Il pratique ensuite un pansement légèrement compressif. Tous les jours la plaie est irriguée plusieurs fois avec une solution au sublimé à 1/1000 et on s'assure de la perméabilité du canal nasal.

A chaque pansement on touche les parois du sac à la glycérine sublimée, puis, quand la plaie extérieure commence à se fermer, on lave le sac à travers les points lacrymaux. La cicatrisation est habituellement complète du huitième au dixième jour.

L'auteur résume ainsi les avantages de son procédé : ni danger, ni douleur.

Il n'a pas communiqué d'observations, mais il a signalé les trois cas suivants qui ont été traités par sa méthode.

1° Une femme atteinte de larmolement depuis 5 ans, se présente à lui avec un phlegmon du sac et une fistule lacrymale. Déjà traitée elle a eu une récive.

2° Une femme, atteinte de larmolement depuis 7 ans, se présente avec une mucocèle.

3° Une femme, atteinte de larmolement depuis 10 ans, présente également une mucocèle. Elle est soignée sans succès depuis plusieurs mois par le cathétérisme et les injections astringentes.

M. Despagnet applique à ces trois cas son procédé en Octobre 1890. Il obtient dans les trois cas une guérison immédiate et qui persistait encore en Avril 1891, époque à laquelle il a revu ses opérées.

CHAPITRE III

Curettage suivi du pansement à ciel ouvert

L'opération que nous allons décrire est, avons-nous dit, une modification du procédé du Dr Despagne.

Nous avons vu pratiquer plusieurs fois cette opération aux Quinze-Vingts, par M. le Dr Valude. C'est actuellement son procédé d'élection, ainsi que celui de son assistant M. le Dr Bourgon.

Nous divisons le manuel opératoire en :

- 1° Soins ante-opératoires ;
- 2° Opération ;
- 3° Soins post-opératoires.

1° *Soins ante-opératoires*. — Nous considérons d'une manière générale la chloroformisation comme nécessaire dans cette opération. Elle n'est pas toutefois indispensable comme le prouve l'observation XIX, où l'opération a pu être effectuée sans réaction trop douloureuse, malgré que la malade ne fût pas endormie. Mais, selon nous, le cas est exceptionnel et la chloroformisation est indiquée pour les raisons suivantes :

- 1° Tranquillité du malade qui permet à l'opérateur de mettre plus complètement à nu la surface du sac.

2° Possibilité de faire un curettage beaucoup plus complet.

3° Nécessité de pratiquer un curettage énergique des os. Car il peut se faire et il se fait très souvent qu'il existe des lésions profondes de l'unguis et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur (Périostoses, nécroses, etc.). Il est même indispensable, dans ces cas, de terminer l'opération par des cautérisations au thermocautère rougi à blanc, et il serait quelque peu cruel de soumettre le malade à de semblables épreuves quand on possède le chloroforme.

On nous objectera peut-être que l'on peut cocaïniser la peau et le sac.

Nous ne rejetons pas absolument cette manière d'opérer. Les observations nos XXI, XXV, XXVI, nous montrent que l'on peut ainsi effectuer l'opération sans grande douleur, en employant la technique du professeur agrégé Berger, mais nous considérons cette méthode comme une méthode de rapidité et de nécessité, lorsque par exemple le malade non prévenu a pris quelque nourriture ou lorsqu'il est atteint de lésions cardiaques, en un mot toutes les fois qu'il existe une contre-indication à l'administration du chloroforme. Ce procédé est d'ailleurs sujet à toutes les objections que l'on a faites aux injections hypodermiques de cocaïne.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet; mais, comme on a eu des cas de mort à déplorer

à la suite d'une injection d'un seul centigramme de cocaïne, M. le Dr Trousseau la rejette absolument par principe, et nous nous rangeons en partie à son avis.

2^e OPÉRATION. — Nous divisons notre opération en six temps :

1^{er} temps. — Le malade étant endormi, on fait une incision de 1 centimètre $1/2$ environ sur le point le plus proéminent de la tumeur. Cette incision doit comprendre : la peau, les tissus cellulaire et cavernéux périssacculaires, et la muqueuse antérieure du sac. Il s'échappe immédiatement un flot de pus suivi d'une hémorrhagie peu abondante.

2^e temps. — Les lèvres de la plaie sont maintenues écartées par deux crochets à strabisme, confiés à un aide exercé. De cette façon, selon les préceptes du professeur Panas, toute la muqueuse du sac est mise à nu.

3^e temps. — L'opérateur, armé d'une curette tranchante de Wolkman de 4 à 5 millimètres de diamètre, se livre à un grattage aussi complet que possible de la muqueuse malade, jusqu'à ce que l'instrument ne ramène plus de masses purulentes ou mucopurulentes. Pendant tout ce temps opératoire, un deuxième aide étanche le sang qui sourd assez abondamment.

4^e temps. — Sur l'extrémité d'une pince à griffes

on fixe une petite mèche de coton hydrophile imbibée de la solution suivante :

Eau distillée	100 gr.
Sublimé	1 —
Dissolvant (sauf alcool) . . .	q. s.

Tous les coins et recoins du sac sont touchés avec cette solution. Il est nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises, tout en prenant bien soin de protéger le globe oculaire au moyen d'un tampon sec, car, si la moindre quantité de cette solution l'atteignait, elle déterminerait des lésions d'ordre chimique assez graves.

On pourrait encore se servir pour toucher le sac, d'ouate montée sur de petites tiges de bois (allumettes). On en prépare d'avance une douzaine, ce qui permet à chaque attouchement de jeter le tampon qui vient de servir et entraîne par cela même une antisepsie plus rigoureuse.

5^e temps. — La région étant bien asséchée, on bourre le sac d'une mèche de gaze iodoformée au moyen d'une pince fine.

6^e temps. — On saupoudre la plaie extérieure d'iodoforme pulvérisé; on couvre de gaze salolée, recouverte elle-même d'ouate hydrophile. Un simple bandeau sert à fixer le tout. Chez les sujets indociles, il est bon cependant de recouvrir le pansement d'une bande de tarlatane mouillée.

3^o Soins post-opératoires. — Les choses sont laissées en état pendant trois jours consécutifs pour

les malades internés aux Quinze-Vingts, et quatre jours pour les malades externes. Au bout de ce temps, on procède à un premier pansement, que nous appelons primitif.

Les pansements consécutifs sont faits tous les jours aux malades internes; tous les deux jours aux malades externes.

En général, cinq à sept pansements consécutifs sont suffisants. A chacun de ces pansements, on touche le sac avec la solution de sublimé à 1 %, et on réduit le volume de la mèche iodoformée. Lorsque l'introduction en est devenue impossible, on pratique un simple pansement protecteur.

La plaie est totalement refermée au bout de trois semaines environ. Comme il persiste assez souvent du larmolement après l'opération, si l'opéré en est gêné, on pratique le cathéterisme avec les sondes de Bowman, et on fait consécutivement des injections détersives au moyen de la seringue d'Anel. Le liquide employé pour ces injections varie suivant l'état des voies lacrymales. Deux solutions sont à cet effet employées aux Quinze-Vingts : ce sont deux solutions de sublimé à 1/2000 et à 1/5000.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications

1^o INDICATIONS. — Nous laissons de côté dans cet exposé les lésions qui peuvent résulter d'affections générales diathésiques (syphilis, tuberculose, etc.), et ne nous occupons que des dacryocystites ordinaires.

Pour justifier l'emploi de notre procédé, il est nécessaire que l'affection présente les deux caractères suivants :

1^o *La chronicité* ;

2^o *L'ectasie du sac*, qui comprend deux groupes :

1^o Le sac se vide à la pression ou spontanément par contraction de l'orbiculaire et du réseau caverneux périculaire ; 2^o le sac ne se vide pas, ce qui constitue la mucocèle.

Ces deux indications sont d'ordre pathologique. Il peut en survenir une troisième, qui est fournie par le malade lui-même, quand il tient à être rapidement délivré de son affection.

2^o CONTRE-INDICATIONS. — Les contre-indications résultent des indications. Si le sac n'est pas ectasié, c'est au procédé de M. Terson que nous donnons la préférence. Si la dacryocystite chronique présente une poussée aiguë au moment de l'intervention, il faut, pour opérer, attendre que les phénomènes inflamma-

toires se soient amendés. On aidera à ce résultat en faisant au malade des applications émollientes légèrement antiseptiques (cataplasmes de farine de lin imbibés d'eau blanche).

Les caries osseuses ne sont pas une contre-indication ; elles nécessitent simplement une intervention plus énergique au point de vue du curettage.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic est des plus favorables comme le démontrent nos observations. La guérison s'obtient en quinze jours, en moyenne, et par guérison nous entendons la suppression du catarrhe suppuratif.

Nous avons noté fréquemment la persistance du larmolement après l'opération. Ce larmolement existe avec tous les procédés. On le traite consécutivement par la méthode ordinaire et le plus souvent avec succès.

Nous avons dû enregistrer aussi quelques récidives. Nous ferons remarquer qu'elles sont tardives et que toutes les fois qu'elles se sont produites, le point capital de leur genèse a été soit un curettage incomplet (malade non endormi, observation XIX) soit, et nous y insistons, un défaut de pansements (pansements trop peu nombreux ou trop espacés).

En somme, bien que les récidives ne se soient produites que dans une proportion de 11 0/0 et bien qu'elles aient été tardives, nous sommes en droit d'espérer qu'elles deviendront de plus en plus rares, à condition que les pansements soient effectués en nombre suffisant et avec soin.

Nous faisons grand cas de la cautérisation régulière du sac, à chaque pansement, avec la solution de sublimé à 1 0/0. Si le sac suppurait un peu pendant les pansements consécutifs, on serait autorisé à toucher les parois, avec la solution de sublimé à 20/0 (1).

(1) In *Bulletin de la clinique nationale, ophtalmologique des Quinze-Vingts*, 1892. Statistique des opérations pratiquées par le Dr Valude, relevées par M. le Dr de Bourgon. page 42.

OBSERVATIONS

Nos vingt-et-une premières observations ont été recueillies dans le service du Dr Valude aux Quinze-Vingts par M. le Dr de Bourgon, son interne.

OBSERVATION I

M^{lle} B..., 16 ans, sans profession. — N'a pas d'antécédents.

Se présente le 7 janvier 1889 à la clinique des Quinze-Vingts.

Le diagnostic porté est : tumeur lacrymale de l'œil gauche ; dacryocystite purulente.

Le 10 Janvier 1889, on procède à l'ouverture du sac et on cautérise les parois au thermocautère. La malade est admise à l'infirmérie.

Elle en sort le 22 Janvier, guérie en apparence.

Se représente à la clinique, le 17 Février 1891.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche. Admission d'urgence. Opération pratiquée le jour même sous le chloroforme. On joint au curetage l'excision de la portion palpébrale de la glande lacrymale.

Le 1^{er} pansement est fait le 3^e jour.

Pansements consécutifs quotidiens pendant huit jours.

La malade sort le 12^e jour.

Elle se représente à la clinique le 2 Décembre.
Complètement guérie.

OBSERVATION II

M. S..., ouvrier ciseleur. — N'a pas d'antécédents.

Larmoiement unilatéral droit, depuis un an et demi.

Se présente à la clinique, le 10 Mai 1891.

Le diagnostic porté est : mucocèle à l'œil droit.

Il est opéré sous le chloroforme, le 11 Mai.

Pansement primitif : 4^e jour.

Quatre pansements consécutifs tous les deux jours.

Le malade se représente un mois après.

La mucocèle a totalement disparu ; seul persiste un faible larmoiement, dont le malade ne se plaint pas ; il a d'ailleurs repris ses occupations d'ouvrier ciseleur.

OBSERVATION III

M^{me} G..., 32 ans, couturière. — Pas d'antécédents héréditaires.

Présente des traces de strume (cicatrices d'abcès du cou).

Vient à la clinique le 24 Mai 1891.

Diagnostic porté : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Opérée le 26 Mai 1891, sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs : tous les deux jours.

La malade revient aux Quinze-Vingts, le 4 Décembre, guérie.

OBSERVATION IV

Enfant Th..., 2 ans, garçon. — Pas d'antécédents.

Est présenté à la clinique, le 30 Mai 1891.

Diagnostic porté : Dacryocystite chronique de l'œil droit.

La tumeur datait de deux mois.

Opération le 2 Juin, sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Deux pansements consécutifs, dont un sous le chloroforme, en raison de l'indocilité du petit malade.

Guérison absolue en trois semaines.

OBSERVATION V

M^{me} F..., 49 ans, couturière. — N'a pas d'antécédents.

Se présente à la clinique le 25 juin 1891.

Diagnostic porté : Mucocèle de l'œil gauche.

Opération sous le chloroforme, le 7 juillet.

Premier pansement : 5^e jour.

Quatre pansements consécutifs tous les deux jours.

Elle revient aux Quinze-Vingts, le 18 septembre, guérie.

OBSERVATION VI

M^{lle} L..., 18 ans, femme d'ouvrage. — Pas d'antécédents.

Se présente à la clinique le 2 août 1891.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Opérée sous le chloroforme, le 4 août.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

La malade est revue deux mois après et ne présente plus qu'un léger larmolement.

OBSERVATION VII

M. V..., 50 ans, ajusteur. — Pas d'antécédents.

Se présente à la clinique le 4 octobre 1891.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil droit.

Opération sous le chloroforme, le 6 octobre.

Premier pansement : 5^e jour.

Trois pansements consécutifs tous les deux jours.

Il revient le 4 janvier choisir des verres de presbyope. Ne se ressent plus de son ancienne affection.

OBSERVATION VIII

M^{me} C... , 60 ans, sans profession. — Pas d'antécédents.

Se présente le 15 octobre 1891 à la clinique.

Diagnostic : Blennorrhée du sac de l'œil droit.

Opérée le 17, sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

La malade revient le 22 décembre avec un larmolement sans blennorrhée.

On pratique un léger débridement du point lacrymal inférieur avec le couteau de Weber. On fait le cathétérisme avec une sonde de Bowmann n° 3, suivi d'injections détersives au sublimé à 1/5000 au moyen de la seringue d'Anel.

A partir du 5 janvier 1892, suppression de tout traitement. Guérison permanente.

OBSERVATION IX

M^{me} F..., 35 ans, ménagère. — Pas d'antécédents.

Se présente le 20 novembre 1891 à la clinique.

Diagnostic : Dacryocystite aiguë de l'œil droit.

On lui fait d'abord des applications de cataplasmes de farine de lin imbibés d'eau blanche.

L'inflammation disparue, la malade est opérée sous le chloroforme le 24 novembre 1891.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

La malade se représente le 8 décembre en état très satisfaisant. Larmolement insignifiant.

OBSERVATION X

M^{lle} Th..., 15 ans, ouvrière en tabac. — Pas d'antécédents héréditaires.

Est soignée actuellement à Saint-Louis pour une syphilis contractée il y a six mois.

Se présente aux Quinze-Vingts le 6 décembre 1891.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Elle est opérée le 8, sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Trois pansements consécutifs tous les deux jours.

Pas de traitement général.

Elle revient le 24 décembre guérie.

OBSERVATION XI

M^{me} N..., 63 ans, sans profession. — Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : asthme.

Se présente à la clinique le 6 décembre 1891.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil droit.

Opérée sous le chloroforme le 8 décembre.

Premier pansement : 5^e jour.

Trois pansements consécutifs tous les deux jours.

OBSERVATION XII

M^{me} R..., 53 ans, ménagère. — Pas d'antécédents

Se présente à la clinique le 12 janvier 1892.

Diagnostic : Mucocèle de l'œil gauche.

Opération le 14, sous le chloroforme.

Premier pansement : 3^e jour.

Sept consécutifs tous les deux jours.

Le 22 mars, elle se représente complètement guérie.

OBSERVATION XIII

M. S..., 53 ans, cultivateur. — Pas d'antécédents.

Se présente le 17 janvier 1892, à la clinique.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Il est interné aux Quinze-Vingts et opéré sous le chloroforme le 19.

Premier pansement : 3^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les jours.

Il sort le 2 février en état satisfaisant.

Devait donner de ses nouvelles, ne l'a pas fait.

OBSERVATION XIV

Enfant Ch..., 2 ans, fille. — Pas d'antécédents.

Est portée à la clinique le 1^{er} février 1892.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Opérée sous le chloroforme le 2 février.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

La mère ramène l'enfant, le 13 juillet 1892, pour pustules conjonctivales d'origine strumeuse. Un traitement approprié est institué.

Pas de traces de l'affection primitive.

OBSERVATION XV

Enfant V..., 5 ans, sexe féminin. — Sans antécédents.

Est présentée à la clinique le 3 mars 1892.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Comme il existe une légère inflammation de la tumeur, on lui fait des applications émollientes ; et après toute cessation de phénomènes aigus, elle est opérée sous le chloroforme le 12 mars.

Premier pansement : 4^e jour.

Quatre pansements consécutifs tous les deux jours.

Le 26 avril 1892 plus d'écoulement muco-purulent, mais larmoiement très faible.

OBSERVATION XVI

M^{me} M..., 36 ans, couturière. Antécédents nuls.

Se présente le 26 avril 1892, à la clinique.

Diagnostic ; Blennorrhée chronique du côté droit.

Opérée le 28, sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Quatre pansements consécutifs tous les deux jours.

Guérison apparente le 7 mai.

La malade revient à la clinique le 28 novembre 1892.

Diagnostic ; Dacryocystite aiguë du côté droit.

Traitement provisoire par les cataplasmes résolutifs.

Nouvelle opération le 30 novembre 1892.

Premier pansement : 4^e jour.

Au moment où cette observation nous a été com-

muniquée, il n'y avait encore que deux pansements consécutifs d'effectués.

Nous avons jugé cette observation intéressante à cause de la récurrence.

OBSERVATION XVII

M^{me} N..., couturière, 36 ans. Pas d'antécédents.
Vient à la clinique, le 4 janvier 1892.

Diagnostic : Dacryocystite chronique de l'œil gauche.

Opérée le lendemain sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Deux pansements consécutifs, effectués à cinq jours d'intervalle, à cause de l'irrégularité de la malade.

Le 27 avril 1892, elle revient à la clinique avec une récurrence.

Elle est opérée le 28 sous le chloroforme et internée.

Premier pansement : 3^e jour.

Huit pansements quotidiens consécutifs.

La malade sort le 10 mai et revient le 15 juin, mais avec une ophtalmie catarrhale.

OBSERVATION XVIII

M^{me} P..., 37 ans, brunisseuse. Pas d'antécédents.

Se présente à la clinique le 26 avril 1892.

Diagnostic : Dacryocystite aiguë du côté droit.

Sous l'influence de cataplasmes imbibés d'eau

blanche, tous phénomènes inflammatoires ont disparu le 4 mai.

Elle est opérée ce jour-là sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

Le 26 mai, la malade revient à la clinique avec un larmolement léger, mais dont elle tient à être débarrassée. On la traite par la méthode d'Anel.

N'étant pas revenue, comme elle avait promis de le faire, nous sommes autorisés à croire à sa guérison.

OBSERVATION XIX

M^{me} H.,, 35 ans, sans profession. Pas d'antécédents.

Vue pour la première fois, le 1^{er} février 1892.

Diagnostic : Dacryocystite chronique du côté droit.

Opérée le 2 février, mais redoutant de mourir sous le chloroforme, elle refuse d'être endormie.

Opération assez difficile; la malade souffre, se débat.

Premier pansement : 5^e jour.

Deux pansements consécutifs seulement, à cause de la pusillanimité de la patiente.

Elle revient le 14 mai 1892, avec une récurrence.

Cette fois, elle accepte le chloroforme.

Nouvelle opération.

Premier pansement : 4^e jour.

Sept pansements consécutifs tous les deux jours.

La malade revient le 15 juillet 1892 avec un faible larmolement.

On débride le point lacrymal inférieur. Cathétérisme à la sonde n° 3. Injections d'Anel au sublimé à 1/5000.

Guérison absolue un mois après.

OBSERVATION XX.

M^{me} P..., 36 ans, ménagère. — Pas d'antécédents.

A déjà subi à l'œil malade les opérations suivantes :

1^o Stricturotomie de Stilling ;

2^o Opération de Terson ;

3^o Deuxième opération de Terson.

Se présente le 14 mai 1892.

Diagnostic : Blennorrhée chronique de l'œil gauche, qui avait récidivé malgré les traitements antérieurs que nous venons de signaler.

Opération le 18, sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Six pansements consécutifs tous les deux jours.

Le 7 juillet, elle se représente, et l'on constate la persistance d'une fistule lacrymale. On pratique le cathétérisme et les injections détersives au sublimé à 1/2000.

Le 12 août, la guérison est complète.

OBSERVATION XXI

M. J..., 66 ans, cultivateur. Pas d'antécédents.

Vient consulter le 5 juillet 1892.

Diagnostic : Blennorrhée chronique du sac lacrymal droit.

Le larmolement date de quatre ans.

Opération le 7. Anesthésie obtenue au moyen de la cocaïne à 1/50. Deux injections de quatre à cinq gouttes chaque dans le tissu périculaire. Une injection de la même quantité dans l'intérieur du sac. Le malade souffre peu. Il se produit une légère hémorrhagie, facilement arrêtée par les cautérisations au sublimé.

Premier pansement : 4^e jour.

Trois pansements consécutifs tous les deux jours.

Le malade n'ayant pas donné de ses nouvelles, comme il l'avait promis, peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION XXII

(Personnelle au D^r de Bourgon),

M^{me} N..., 64 ans, sans profession. — Pas d'antécédents héréditaires. — Antécédents personnels : asthme.

Appareil visuel interne et externe normal. Emmétrope. Atteinte de larmolement depuis six ans.

A été traitée par le cathétérisme avec les numéros successifs de la sonde de Bowman et par des injections détersives d'Anel.

Le larmolement est bilatéral, mais la malade présente à gauche une ectasie du sac. A la pression on fait sourdre, par les points lacrymaux, du muco-pus mélangé de larmes. La malade vide elle-même son sac cinq ou six fois par jour.

Elle est opérée sous le chloroforme le 16 août 1892,
Premier pansement 3^e jour.

Sept pansements consécutifs quotidiens.

La malade est guérie de son catarrhe suppuratif
aussitôt après la fermeture de la plaie qui a lieu vers
le vingtième jour.

Un léger larmolement persistant, on pratique
deux fois par semaine des sondages avec la sonde de
Bowmann n^o 3.

Le 15 novembre, la guérison est absolue.

OBSERVATION XXIII

(Personnelle).

M^{me} F..., 32 ans, lingère. — Antécédents héréditaires nuls. — Antécédents personnels : syphilis datant de six ans.

Vient consulter, à la clinique, le 3 octobre 1892.

Diagnostic : Bleimorrhée du sac de l'œil gauche.

Opération le lendemain sous le chloroforme.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les 2 jours.

Après le dernier pansement, persiste une petite fistulette qui se ferme spontanément à la suite de cathétérismes et d'injections détersives d'Anel.

Le 30 novembre, nous avons revu la malade, et la guérison était complète.

OBSERVATION XXIV

(Personnelle)

M^{lle} F..., 30 ans, couturière. — Antécédents héréditaires : père coxalgique ; mère hystérique.

Elle présente elle-même des phénomènes d'hystérie.

Consulte à la clinique le 14 novembre 1892. — On constate un larmoiement que la malade dit dater de trois ans.

Diagnostic : Dacryocystite chronique.

Opération sous le chloroforme le 15 novembre.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

Actuellement la malade ne présente plus qu'un faible larmoiement.

OBSERVATION XXV.

(Personnelle)

M^{me} R..... 52 ans, sans profession. — Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

Se présente le 25 Août 1892, à la clinique, avec un larmoiement bilatéral. On constate de la rétention des larmes à gauche; à la pression, le sac se vide dans le nez. D'après les renseignements fournis par la malade, l'affection remonte à 3 ans.

Du 25 août au 11 novembre, on pratique le cathétérisme, suivi à gauche d'injections de sublimé à 1/2000.

Le 11 novembre survient une poussée aiguë de dacryocystite; cataplasmes imbibés d'eau blanche; — et, après que l'inflammation a disparu assez rapidement, on pratique l'opération le 14 novembre.

L'anesthésie est obtenue au moyen des injections de cocaïne au 1/50, d'après le manuel déjà indiqué dans l'observation XXI. La malade souffre peu.

Premier pansement : 3^e jour.

Six pansements consécutifs tous les deux jours.

Actuellement la blennorrhée a totalement disparu.
Seul persiste un léger larmolement traité par le cathétérisme et les injections détersives d'Anel.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

M, L....., 58 ans, employé de commerce. — Antécédents : nuls.

Vient consulter, à la clinique, le 4 novembre 1892 pour un larmolement de l'œil gauche datant de 3 ans.

Diagnostic : Dacryocystite chronique du côté gauche. — Opération effectuée le 5 novembre. — L'anesthésie est obtenue au moyen de la cocaïne au 1/50.

L'opération est peu douloureuse.

Premier pansement : 4^e jour.

Cinq pansements consécutifs tous les deux jours.

Actuellement, le malade ne présente plus qu'un léger larmolement que l'on traite, en ce moment, par le cathétérisme et les injections détersives au sublimé à 1/2000.

TABEAU RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Numéros des Observations	Age	Sexe	Côté	Date de l'opération	Jours écoulés entre opération et 1 ^{er} pansement.	Nombre de pansements secondaires.	Nombre de jours entre opération et dernier pan- sement.
1	16	F	G	17 février 1891.	3	8	11
2	47	H	D	11 mai 1891.	4	4	12
3	32	F	G	26 mai 1891.	4	5	14
4	2	H	D	2 juin 1891.	4	2	8
5	19	F	G	7 juillet 1891.	5	4	13
6	18	F	G	4 août 1891.	5	5	14
7	50	H	D	6 octobre 1891.	5	3	11
8	60	F	D	17 octobre 1891.	4	5	14
9	35	F	D	24 novembre 1891.	4	5	14
10	15	F	G	8 décembre 1891.	4	3	10
11	63	F	D	8 décembre 1891.	5	3	11
12	54	F	G	14 janvier 1892.	3	7	17
13	53	H	G	19 janvier 1892.	3	5	8
14	2	F	G	2 février 1892.	4	5	14
15	5	F	G	12 mars 1892.	4	4	12
16	36	F	D	28 avril 1892.	4	4	12
17	35	F	D	28 avril 1892.	3	8	11
18	37	F	G	4 mai 1892.	4	5	14
19	35	F	D	14 mai 1892.	4	7	18
20	36	F	G	18 mai 1892.	4	6	16
21	66	H	D	7 juillet 1892.	4	3	10
22	64	F	G	16 août 1892.	3	7	10
23	32	F	G	4 octobre 1892.	4	5	14
24	30	F	D	15 novembre 1892.	4	5	14
25	52	F	G	14 novembre 1892.	3	6	15
26	58	H	G	5 novembre 1892.	4	5	14
Moyenne : 3,8					Moyenne : 4,9	Moyenne : 12,7	

CONCLUSIONS

1° Le procédé chirurgical que nous préconisons pour la cure de la dacryocystite chronique est un procédé mixte. Dans les premiers temps de l'opération, c'est le râclage destructif de M. de Wecker; dans les derniers temps, c'est le pansement à ciel ouvert de M. Despagnet.

2° Il ne doit être employé que dans le traitement des blennorrhées du sac accompagnées d'ectasie et surtout dans les mucocèles.

On doit rejeter son emploi dans les blennorrhées sans ectasie et dans les dacryocystites aiguës.

Les caries osseuses sont loin d'être une contre-indication à son emploi et nécessitent seulement un curettage plus énergique.

3° C'est un procédé : 1° *Rapide*, le pansement primitif est enlevé du 3^e au 5^e jour, les pansements consécutifs ne durent en moyenne que 8 jours et la plaie est totalement fermée au bout de 3 semaines environ ; 2° *Chirurgical*, car il emprunte ses grandes lignes à la chirurgie générale.

4° Les résultats obtenus sont excellents. La dis-

parition totale du catarrhe suppuratif a lieu, sans récidive, 88 fois sur cent, d'après la moyenne de nos observations et le larmolement consécutif peut être traité facilement par les méthodes anciennes, puisque la cavité du sac est réduite, mais non oblitérée.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

